UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 70**

**FACULTÉ DE MEDECINE**

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# ABCÈS AMYGDALIENS

## & PÉRI-AMYGDALIENS

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 1914
LIBRARY

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 27 Juin 1913**

PAR

**Charles de GUARDIA**

Né à Vinça (Pyr.-Or.), le 10 octobre 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

VIRES, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur
SOUBEYRAN, agrégé
LEENHARDT, agrégé
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# ABCÈS AMYGDALIENS

## & PÉRI-AMYGDALIENS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 70

11.

**FACULTÉ DE MEDECINE**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# ABCÈS AMYGDALIENS

## & PÉRI-AMYGDALIENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 27 Juin 1913**

PAR

**Charles de GUARDIA**

Né à Vinça (Pyr.-Or.), le 10 octobre 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

VIRES, professeur, *Président.*

GRANEL, professeur
SOUBEYRAN, agrégé
LEENHARDT, agrégé
*Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

# PERSONNEL DE LA FACULTE

## Administration

MM. MAIRET (✻) . . . . . Doyen
SARDA . . . . . Assesseur
IZARD . . . . . Secrétaire

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Pathologie et thérapeutique générales . . | MM. GRASSET (O. ✻). |
| Clinique chirurgicale . . . . . | TEDENAT (✻). |
| Clinique médicale . . . . . | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv | MAIRET (✻). |
| Physique médicale . . . . . | IMBERT. |
| Botanique et hist. nat. méd . . . . . | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale . . . . . | FORGUE (✻) |
| Clinique ophtalmologique. . . . . | TRUC (O. ✻). |
| Chimie médicale. . . . . | VILLE. |
| Physiologie . . . . . | HEDON. |
| Histologie . . . . . | VIALLETON. |
| Pathologie interne . . . . . | DUCAMP. |
| Anatomie . . . . . | GILIS (✻). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthop | ESTOR. |
| Microbiologie . . . . . | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie . . . . . | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants . . . . | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique . . . . . | BOSC. |
| Hygiène . . . . . | BERTIN-SANS (H.) |
| Clinique médicale. . . . . | RAUZIER. |
| Clinique obstétricale . . . . . | VALLOIS. |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | VIRES. |

*Professeurs adjoints :* MM. de ROUVILLE, PUECH, MOURET
*Doyen honoraire :* M. VIALLETON
*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

## Chargés des Cours Complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . | LEENHARDT, agrégé. |
| Pathologie externe . . . . . | LAPEYRE, agr. lib. |
| Clinique gynécologique. . . . . | de ROUVILLE, prof. adj. |
| Accouchements. . . . . | PUECH, Prof. adj. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, agr. libr. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . | MOURET, Prof. adj. |
| Médecine opératoire . . . . . | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE | MM. LEENHARDT | MM. DERRIEN |
| VEDEL | GAUSSEL | MASSABUAU |
| SOUBEYRAN | RICHE | EUZIERE |
| GRYNFELTT Ed | CABANNES | LECERCLE |
| LAGRIFFOUL | DELMAS (Paul). | LISBONNE, ch. des t. |

## Examinateurs de la Thèse

| | |
|---|---|
| MM. VIRES, prof., *prés.* | MM SOUBEYRAN, *agrégé.* |
| GRANEL, *professeur* | LEENHARDT, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Faible témoignage d'infinie reconnaissance.*

A MON FRÈRE ALBERT

A MES VIEUX AMIS

LES DOCTEURS BERTRAND, RIGAIL
ET MAITRE ROCARIES, AVOCAT

C. DE GUARDIA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

C. DE GUARDIA

A MES PREMIERS MAÎTRES DE L'HOPITAL DE PERPIGNAN

MESSIEURS LES DOCTEURS MASSOT, SABARTHÉS
DE LAMER, PUIG-AMETLLER, POUS

C. DE GUARDIA.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 14
LIBRARY

# AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études médicales, nous sommes heureux que la tradition nous fasse un devoir d'adresser nos remerciements à tous ceux qui nous ont guidé au cours de ces études.

Que Monsieur le professeur agrégé Soubeyran qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous permette de lui offrir ce modeste travail comme l'expression de notre profonde gratitude pour tous les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Nous remercions Monsieur le professeur Vires pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse ; nous l'assurons de toute notre reconnaissance pour ses bonnes leçons qui nous ont été si profitables.

Que Monsieur le professeur Granel, Monsieur le professeur-agrégé Leenhardt soient assurés aussi de notre vive gratitude.

Nous n'oublierons pas dans nos remerciements Monsieur le docteur Sassy, spécialiste, qui nous a toujours accueilli avec sa bienveillance coutumière et nous a confié deux observations inédites.

Enfin, nous sommes particulièrement heureux de l'occasion qui nous est offerte de témoigner toute notre gratitude à nos premiers maîtres de l'Hôpital Saint-Jean, à Perpignan, qui ont guidé nos premiers pas dans l'art si difficile de guérir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# ABCÈS AMYGDALIENS

## & PÉRI-AMYGDALIENS

---

### INTRODUCTION

S'il existe pour un malade une situation douloureuse, pénible, angoissante et trop souvent grave dans ses suites, c'est bien celle où se trouve celui qui est atteint d'un abcès amygdalien ou péri-amygdalien. Le praticien, de son côté, se trouve là en présence d'une affection qu'il peut combattre rapidement en soulageant son malade par un traitement approprié; il évite ainsi des complications graves, mortelles parfois qui sont le plus souvent la conséquence d'une thérapeutique anodine.

Le médecin doit aujourd'hui être en état de poser un diagnostic certain qui lui permettra d'instituer un traitement de choix.

Certes nous n'avons pas la prétention en entreprenant cette étude d'ajouter quoi que ce soit aux nombreuses

recherches qui ont été faites au sujet de ces abcès soit sur leur pathogénie, soit sur leur siège, soit sur leur traitement. Mais les amygdalites et les péri-amygdalites suppurées sont extrêmement fréquentes et il nous a paru intéressant d'établir nettement l'importance d'un diagnostic précoce et les complications que ce diagnostic permet le plus souvent d'éviter. Nous insisterons aussi sur le traitement et parmi les diverses méthodes proposées nous indiquerons celle qui nous paraît la meilleure, parce que la plus simple et la plus inoffensive.

Plusieurs observations nous ont été fournies par MM. le professeur Soubeyran et le docteur Sassy; elles viennent à l'appui de nos dires; nous tirerons ensuite les conclusions que nos différentes recherches nous auront inspirées.

---

# CHAPITRE PREMIER

## DONNÉES GÉNÉRALES

### LEUR FRÉQUENCE, LEUR ÉTIOLOGIE, LEUR CLASSIFICATION

Les anciens auteurs pensant que l'amygdale était surtout atteinte, désignaient sous les noms d'angine ou d'amygdalite, phlegmoneuse les suppurations amygdaliennes et peri-amygdaliennes.

Actuellement l'on sait que le foyer purulent a pour siège d'élection le tissu cellulaire péri-amygdalien; Verneuil est l'un des premiers à l'avoir montré; l'amygdale par ses cryptes sert de porte d'entrée à l'infection mais la localisation se fait en général en dehors et à côté d'elle. Ces abcès sont très fréquents avec un maximum de fréquence de dix-huit à trente ans. Les abcès intra amygdaliens sont beaucoup plus rares, si rares même que l'on est allé jusqu'à mettre en doute leur existence à l'époque où l'on a précisé les suppurations péri-amygdaliennes.

On en a décrit cependant et, de diverses statistiques, il résulte qu'on en rencontre des cas indiscutables dans la proportion de 1 pour 15 environ.

La prédisposition individuelle joue un rôle considérable dans l'étiologie de ces abcès intra-amygdaliens; certains sujets sont voués aux angines suppurées à répétition.

Ils s'observent aussi chez les individus porteurs

d'amygdales crypteuses à l'occasion d'une amygdalite aiguë provoquée par le froid: une crypte infectée se transforme en vase clos et devient le siège primitif de l'abcès. Un corps étranger inclus dans le parenchyme de la glande (arête de poisson le plus souvent) peut aussi faire de l'infection, de même qu'une écharde par exemple, implantée dans un doigt sera le point de départ de suppurations profondes.

L'étiologie des suppurations péri-amygdaliennes est un peu différente de celle des abcès amygdaliens. Sans doute l'hypertrophie amygdalienne, les inflammations chroniques de la glande et des fosses nasales y prédisposent grandement; sans doute aussi les refroidissements jouent leur rôle habituel, mais ici on doit signaler l'importance capitale que jouent la fossette sus-amygdalienne et le recessus palatin surtout quand ce recessus est développé au point de constituer le sinus de Tourtual.

Cela est si vrai qu'Escat a pu dire: « La plupart des » péri-amygdalites phlegmoneuses, semblent n'être, au » moins au début, qu'un empyème du recessus palatin. »

Située sur les côtés et en arrière de l'isthme du gosier, l'amygdale est enchâssée dans une loge nommée fossette amygdalienne et que limite l'écartement des deux piliers antérieur et postérieur du voile du palais; de forme ovoïde, ayant les dimensions d'une grosse amande, elle fait plus ou moins saillie dans l'arrière-bouche, suivant son volume et la configuration anatomique du sujet. L'amygdale baigne dans une nappe de tissu cellulaire sous-muqueux; ce tissu se rencontre plus spécialement au pôle supérieur de l'amygdale et entre ce pôle et les piliers; il en existe aussi entre le pôle inférieur et le côté de la base de la langue. Selon le point de cette nappe cellulaire où siège l'abcès l'on a décrit plusieurs variétés:

Abcès péri-amygdaliens antérieurs;
Abcès péri-amygdaliens postérieurs;
Abcès péri-amygdaliens externes;
Abcès péri-amygdaliens inférieurs.

Ces termes indiquent clairement le siège de ces abcès; chacun suivant la place qu'il occupe a une symptomatologie un peu spéciale que nous allons étudier maintenant.

---

## CHAPITRE II

### SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

L'inflammation amygdalienne donne lieu à des symptômes qui, dès le deuxième ou troisième jour, rappellent ceux d'une forte angine : température élevée, mal de tête violent, agitation nocturne, douleur très vive à la déglutition, salivation abondante, haleine fétide. Les ganglions sous-angulo-maxillaires sont volumineux, la tête est figée dans une posture inclinée, à droite ou à gauche, la soif est ardente. L'examen de la gorge, quoique rendu délicat par un léger trismus peut être pratiqué et montre une langue saburrale et une amygdale uniformément tuméfiée, rouge, luisante, bombant entre les piliers et présentant en un point une saillie violacée, siège de l'abcès.

Si on fait prononcer au malade la voyelle A on s'aperçoit que le voile est immobile d'un côté et atteint d'une sorte de paralysie unilatérale. Si l'on parvenait, malgré la douleur que l'on provoque, à toucher cette amygdale on pourrait percevoir une fluctuation très nette, dès le quatrième jour. Le malade, dont la voix a pris le timbre amygdalien accuse des douleurs irradiées vers l'oreille correspondante à l'amygdale atteinte.

L'ouverture spontanée de ces abcès est la règle et la guérison survient très vite avec régression presque immédiate de tous les symptômes.

L'inflammation péri-amygdalienne ne présente pas une symptomatologie aussi simple car elle se manifeste sous des formes cliniques bien différentes que Certain dans sa thèse, désigne sous le nom de formes, primitive, secondaire, suraiguë, subaiguë, indolente.

Dans la forme primitive, la plus fréquente, les prodromes manquent le plus souvent et le début se fait par des symptômes généraux intenses; la dysphagie, le trismus, l'adénopathie cervicale annoncent la suppuration prochaine; les phénomènes s'accentuent rapidement et à la période d'état le malade est abattu, anémié par la fièvre, la douleur, le manque de repos et de nourriture. Le voile est repoussé en avant, rouge, infiltré et œdémateux.

A côté de cette forme phlegmoneuse primitive d'emblée on peut distinguer une forme secondaire soit à une angine ou une amygdalite aiguë, soit à une maladie infectieuse (grippe, fièvre typhoïde, pseudo-rhumatisme infectieux, diphtérie).

Dans la forme suraiguë, les phénomènes généraux sont très intenses, la fièvre est plus vive, on observe du délire ou, au contraire, une prostration marquée, une céphalalgie violente. Le plus souvent, la guérison survient, mais dans les cas les plus graves, la virulence de l'infection générale — qui est ici l'élément primordial — amène la mort.

La forme subaiguë se caractérise par la présence des signes objectifs habituels avec le manque presque absolu de phénomènes réactionnels. Dans cette forme clinique, les symptômes de la péri-amygdalite se retrouvent, mais atténués: pas ou peu de fièvre, pas de cette lassitude, de cette courbature qui sont des caractères constants des suppurations amygdaliennes. Le facies est normalement coloré, le regard n'exprime pas la souffrance.

A ces formes cliniques on peut ajouter une forme indo-

lente bien décrite par Chauveau. Ces abcès — qui sont d'ailleurs fort rares — ont une évolution très longue, sans aucune tendance à l'ouverture spontanée; ce sont, pour ainsi dire, des abcès chroniques. Les malades éprouvent une gêne légère mais pas à proprement parler de douleur, ni de dysphagie; aucun phénomène réactionnel ne se manifeste.

Etudions maintenant le diagnostic différentiel et — point plus délicat — le diagnostic du siège de ces abcès. Lorsque l'attention du médecin est appelée du côté de la région amygdalienne il doit tout d'abord se demander s'il y a un abcès de l'amygdale.

Nous allons rapidement passer en revue les affections que nous devons éliminer pour poser sûrement notre diagnostic.

Le chancre de l'amygdale a pu quelquefois en imposer pour un abcès de l'amygdale lorsqu'il revêt la forme d'angine aiguë s'accompagnant de rougeur diffuse avec douleur et fièvre. Mais l'existence d'un ganglion volumineux en avant du sterno-cléido-mastoïdien et l'évolution de la maladie nous renseigneront suffisamment. Dans la forme gommeuse, les mêmes caractères se retrouvent, en dehors des renseignements que nous fourniront les antécédents.

Il existe une variété d'amygdalite aiguë que l'on a appelée amygdalite phlegmoneuse et qui peut prêter à confusion. Elle est caractérisée par un gonflement de l'amygdale, rouge, avec phénomènes généraux assez marqués et lorsqu'on incise cette amygdale on est étonné de ne pas rencontrer de pus; au bout de quelques jours, la résolution se fait d'elle-même et c'est là le seul signe qui nous permettra de la différencier de notre affection.

L'amygdalite aiguë lacunaire enkystée est caractérisée par de petits amas caséeux, qu'on voit sourdre des cryp-

tes amygdaliennes ce qui rend l'amydgale plus volumineuse; il est facile d'en faire l'expression avec une sonde cannelée; il ne coexiste pas de phénomènes généraux et l'affection cède rapidement à un badigeonnage de chlorure de zinc au 1/20e.

Dans la diphtérie on a signalé une forme qui rappelle l'abcès de l'amygdale. Il n'existerait pas de fausses membranes, mais du gonflement de l'amygdale et des piliers; l'incision ne donnerait pas issue à du pus et l'examen bactériologique aurait donné du bacille de Klebs-Löffler pur. Or, nous savons que le bacille de la diphtérie est l'hôte normal de la bouche; de plus dans les deux observations signalées on s'est contenté de faire de « petites pointes de feu profondes »; il se pourrait très bien qu'on n'ait pas ainsi atteint le pus. Ces faits demandent, il nous semble, à être confirmés.

Plus délicate est la différenciation de certains abcès de voisinage et, en particulier, de l'abcès périostique odontogène juxta-amygdalien si bien décrit par Escat:

« Cet abcès est dû à une infection d'origine dentaire (évolution ou carie de la dent de sagesse d'en bas) et résulte d'une périostite phlegmoneuse localisée à la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur. La collection développée derrière le pied du pilier antérieur refoule en dedans l'amygdale et simule par suite la péri-amygdalite phlegmoneuse ».

Il nous semble cependant qu'un examen attentif permettra le diagnostic; en effet dans ces abcès périostiques on n'observe pas d'œdème de la luette; l'empâtement rétro et sous-angulo-maxillaire est très marqué; de très vives douleurs spontanées s'irradient dans le maxillaire et la langue; enfin le trismus est beaucoup plus précoce et plus

marqué que dans les suppurations amygdaliennes et péri-amygdaliennes.

La situation exactement observée de la collection purulente permettra aussi de ne pas confondre un abcès rétro-pharyngien avec un abcès péri-amygdalien postérieur.

Le diagnostic de la forme externe d'avec le phlegmon latéro-pharyngien est très délicat; toutefois l'on peut dire que dans l'abcès péri-amygdalien externe, l'amygdale n'est pas portée en avant avec le pilier postérieur par une collection venant de l'espace maxillo-pharyngien; elle est, au contraire, refoulée en dedans.

Ceci étant éliminé, disons bien vite qu'il est le plus souvent très difficile de faire un diagnostic lorsqu'on voit l'affection à son début. On trouve bien une rougeur un peu plus accentuée et une légère infiltration au niveau des parties où s'établit la suppuration, mais c'est à peu près tout. Le second et le troisième jour, les phénomènes s'accentuent et l'on peut penser à un abcès amygdalien lorsqu'on voit des tissus infiltrés avec une rougeur intense occupant l'amygdale ou les piliers sans déceler aucun exsudat à leur surface.

A mesure que l'on s'éloigne de la période de début, le diagnostic de la localisation se précise.

On verra l'amygdale d'un rouge intense, très volumineuse, faisant saillie vers la ligne médiane de l'isthme du gosier; les piliers sont légèrement infiltrés, rouges, l'un repoussé en avant avec la luette, l'autre en arrière, quelquefois jusque sur la paroi postérieure du pharynx: il s'agit alors d'un abcès intra-amygdalien.

Dans le cas d'un abcès péri-amygdalien antérieur, l'amygdale est refoulée en dedans et en bas; le pilier antérieur infiltré devient rouge, épais et œdémateux; cet œdème s'étend le plus souvent sur le côté correspondant de la

luette. La portion du palais qui s'étend au-dessus du pilier antérieur bombe fortement en avant et semble s'offrir à l'instrument qui doit ouvrir la collection.

C'est au contraire le pilier postérieur qui est « boudiné », saillant, rouge, dans l'abcès postérieur mais ici l'amygdale est refoulée en bas et en avant, bridée par le pilier antérieur très aminci qui l'entoure comme un ruban.

L'abcès est-il externe? l'amygdale est alors fortement repoussée en dedans; les piliers sont peu ou pas tuméfiés mais par contre la région du cou correspondant à l'angle de la mâchoire est empâtée, douloureuse au toucher; les ganglions sont volumineux, très sensibles, la fièvre violente, et l'état général mauvais.

Enfin dans la variété inférieure, les troubles de la déglutition sont très précoces; la langue est immobilisée très rapidement, le malade ne peut la sortir en dehors des arcades dentaires, l'amygdale est soulevée vers le haut, refoulant un peu en avant le pilier antérieur.

Hâtons-nous d'ajouter que l'on voit parfois des formes intermédiaires qui augmentent de beaucoup la difficulté du diagnostic de localisation et peuvent même le rendre impossible.

---

## CHAPITRE III

### COMPLICATIONS

Les suppurations amygdaliennes et péri-amygdaliennes sont d'ordinaire au point de vue pronostic et thérapeutique des affections bénignes, surtout si on les traite chirurgicalement de très bonne heure; malheureusement il n'en est pas de même et le pronostic s'assombrit bien vite s'il survient quelque complication.

Ces complications peuvent être dues : à l'infection générale, à l'infection locale, à la gêne mécanique; elles peuvent aussi arriver soit du côté du système artériel, soit du côté du système veineux; enfin elles peuvent être dues à l'extension de la virulence aux organes de voisinage.

*Complications dues à l'infection générale.* — Il suffit de songer aux phénomènes d'absorption et de destruction intenses qui se passent au niveau de cette importante barrière lymphatique qu'est l'amygdale pour juger des conséquences graves qui surviendront lorsque les forces de résistance vitale auront cédé à l'envahissement microbien.

Or, dans le phlegmon amygdalien non seulement l'organe de résistance placé à l'entrée des voies digestives est ébranlé dans son pouvoir bactéricide, mais ici vient s'ajouter encore la présence d'une collection purulente dans une région riche en tissu celluleux, en plexus veineux et en lymphatiques.

Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que l'on voie survenir des complications diverses lorsqu'on songe au profond retentissement qu'à cette lésion sur l'organisme.

Le foie peut recevoir le contre-coup de l'infection amygdalienne ; les toxines et les microbes ayant leur point d'origine dans l'amygdale peuvent se diffuser dans l'organisme et produire l'ictère infectieux, le rhumatisme infectieux, des lésions pulmonaires, pleurales, endo et périchondritiques, méningitiques, rénales, la septicémie même et la pyohémie.

*Complications dues à l'infection locale.* — Parmi ces complications on doit ranger les lésions qui se produisent au niveau de l'amygdale, des piliers ou du voile et qui sont dues soit à l'infection primitive, soit à une infection surajoutée, éliminant de ce fait celles qui relèvent plutôt de la gêne mécanique, bien que celle-ci soit souvent sous la dépendance seule de l'infection locale propagée aux régions voisines, comme le trismus et l'œdème de la glotte.

On sait que dans l'angine phlegmoneuse, la douleur d'oreilles est parfois très intense et va en s'accentuant au fur et à mesure que s'augmente la pression intérieure du pus. Les paralysies au cours des suppurations amygdaliennes, bien que peu fréquentes, ont été observées par Brindel et Moure qui rapportent le cas d'une jeune fille ayant présenté le quatorzième jour de l'évolution d'un abcès péri-amygdalien — soigné uniquement par les cataplasmes chauds autour du cou — de la paralysie unilatérale du voile du palais et même de la paralysie des muscles du cou et de la nuque. Cette malade était obligée de prendre sa tête à deux mains pour la soulever au-dessus de son oreiller.

*Complications dues à la gêne mécanique.* — La gêne mécanique apportée par le développement du phlegmon amygdalien peut tenir à différents facteurs; tout d'abord la saillie que fait dans l'isthme du gosier l'amygdale soulevée par la collection purulente plus ou moins considérable est un facteur de première importance; c'est elle qui occasionne l'abcès double chez les malades angoissés, la gêne de la respiration et de la déglutition; c'est elle qui les empêche d'avaler leur salive et l'on comprend combien est intense cette gêne lorsque les deux amygdales congestionnées et saillantes viennent obstruer l'isthme presque complètement.

*Complications du côté du système artériel.* — Le voisinage de la carotide interne, des branches de la carotide externe, explique cette complication si grave et relativement peu rare du phlegmon péri-amygdalien, nous voulons parler de l'ulcération des vaisseaux du cou plus ou moins rapprochés de l'amygdale. L'ulcération profonde des artères est, en effet, le fait de l'évolution des foyers purulents; malgré leur résistance très énergique à l'envahissement microbien, la perforation des artères est le résultat de l'invasion triomphante de leurs parois par le micro-organisme.

Le type clinique le plus fréquent des hémorragies consécutives aux phlegmons amygdaliens est la forme foudroyante; elle tue toujours et une seule hémorragie, souvent agissant par suffocation, par suite de l'irruption brusque et abondante du sang dans l'arbre respiratoire, suffit à emporter le sujet.

*Complications du côté du système veineux.* — La richesse en plexus veineux des régions amygdaliennes et péri-amygdaliennes, la présence de gros affluents et de

volumineux troncs veineux au voisinage de l'amygdale expliquent la raison d'être des lésions veineuses qu'on peut rencontrer au cours d'une amygdalite phlegmoneuse.

Les lésions que l'on rencontre au cours de ces complications sont : l'inflammation simple non purulente et l'inflammation suppurative avec comme conséquence presque inévitable de cette dernière, la pyohémie et l'infection purulente.

La symptomatologie de la phlébite se perd au milieu du tableau clinique du phlegmon amygdalien ; elle se traduit surtout par une recrudescence des phénomènes généraux : augmentation de la fièvre, céphalalgie violente, frissons ; de plus lorsque la phlébite suppurée s'aggrave de pyohémie, on note un état de prostration typhoïde et des signes de localisation purulente du côté des poumons tout d'abord.

On comprend que le pronostic d'un phlegmon périamygdalien compliqué de phlébite des veines du cou soit assombri et presque toujours fatal.

*Complications dues à l'extension de la virulence aux organes de voisinage.* — Partie de la région amygdalienne la suppuration peut, immigrant dans les interstices celluleux ou le long des vaisseaux, descendre dans le cou et dans la cage thoracique. La collection purulente fait alors saillie, suivant l'évolution qu'elle a parcourue, soit en arrière de l'angle de la mâchoire, soit sur la face latérale du cou, contre la trachée et l'exploration à la sonde cannelée conduit dans une cavité qui mène tout à côté de l'amygdale — point de départ de l'infection. La traînée purulente peut descendre dans le médiastin ; là, en contact avec la plèvre et le péricarde elle pourra les infecter di-

rectement et déterminer une péricardite suppurée, une pleurésie purulente.

Ici et pour terminer ce chapitre des complications des abcès amygdaliens et péri-amygdaliens, il nous paraît intéressant de rapporter une observation inédite ayant trait à une angine de Ludwig consécutive à un abcès péri-amygdalien.

Ce n'est pas que nous considérions l'angine de Ludwig comme une complication de cet abcès, mais la suppuration péri-amygdalienne, a été ici le point de départ de cette angine de Ludwig et le fait nous a paru digne d'être relaté; d'autant plus que le doute est impossible sur ce mode de début puisque du pus s'est écoulé en abondance de l'incision classique de l'abcès péri-amygdalien — incision faite dès le diagnostic porté et alors qu'aucun symptôme n'autorisait à prévoir l'angine de Ludwig consécutive.

### Observation première

Inédite

Angine de Ludwig débutant par un phlegmon péri-amygdalien due à l'obligeance de M. le Dr Sassy, spécialiste

Le jeudi 12 juin 1912, à 5 heures du soir, nous sommes appelé en consultation par notre confrère, le docteur X... auprès de M. Pierre A., 31 ans, laitier à Montpellier.

Ce malade soigné depuis deux jours pour refroidissement et angine a vaqué ce matin encore à ses occupations, en voiture, à l'extérieur de la ville.

Quand nous arrivons auprès de lui, nous sommes frappés d'emblée malgré l'obscurité de la chambre qu'une simple bougie éclaire, par une grosse tuméfaction rétro-maxillaire, unilatérale gauche, sans changement de colo-

ration de la peau. Le malade répond à l'interrogatoire d'une voix nasonnée et pâteuse. Il nous décrit le tableau classique : douleur de gorge depuis quelques jours localisée à gauche, difficulté de déglutition même pour la salive, céphalée, douleur de la région rétro et sous-maxillaire ; mais courageux et énergique, il a voulu aller travailler ce matin.

Son facies est pâle mais la famille répond qu'il en est toujours ainsi. La température est à 39°5 ; le pouls bien frappé à 120. Grâce au miroir de Clar, auxiliaire indispensable dans un pareil milieu, nous pouvons procéder à l'examen local ; le malade nous y aide de toute sa bonne volonté, malgré un trismus considérable.

Nous observons une rougeur de la gorge avec asymétrie peu marquée du voile, sans œdème de la luette.

La respiration est fétide, la langue, blanche, saburrale. légèrement soulevée à gauche par une tuméfaction rouge, non œdémateuse du plancher buccal. Les dents sont dans un état déplorable d'hygiène et de propreté. Mais la voussure de l'amygdale n'est pas franche, le gonflement, au lieu d'être limité au seul voile du palais, s'étend à la face interne de la joue jusqu'à la deuxième molaire inférieure. Cependant le toucher donne la sensation de fluctuation, et même de poche tendue. Rien de particulier du côté droit, ni à l'intérieur, ni à l'extérieur.

Dans un autre cas, devant ce manque de voussure franche, le court laps de temps écoulé depuis le début de la maladie (deuxième jour), nous aurions attendu au lendemain pour ouvrir cet abcès, de façon à tomber en pleine poche de pus collecté ; mais, je le répète, nous avions été frappés par cette tuméfaction rétro-maxillaire dure, cette température plus élevée que de coutume, ce pouls précipité, ce facies pâle, cette langue soulevée et pour tout dire

nous redoutions un abcès péri-amygdalien externe ayant tendance à faire un abcès latéro-pharyngien. Nous décidons donc, d'accord avec notre confrère, d'intervenir immédiatement pour éviter cette complication dont nous connaissons toute la gravité.

Les instruments bouillis, nous pratiquons au lieu d'élection, une incision profonde de 1 centimètre et demi et longue d'au moins 2 centimètres, d'où il s'écoule immédiatement sous pression un pus jaune-marron très liquide et horriblement fétide au point de provoquer des nausées dans l'entourage et même chez nous-mêmes pourtant habitués à la fétidité de ce genre d'abcès.

La douleur de l'incision passée, le malade se sent soulagé. Les gargarismes et les grands lavages habituels sont prescrits et nous devons revoir le malade le lendemain.

Dès notre arrivée on nous raconte que la nuit a été agitée, le soulagement produit par l'incision d'hier n'a été que passager, les douleurs persistent aussi violentes.

Conduits auprès du lit du malade, nous observons que le gonflement rétro-maxillaire s'est accru, qu'il a gagné la région sous-maxillaire et qu'il s'est étendu du côté droit; bref la tuméfaction sous-mentale est complète: la peau n'a subi aucun changement de coloration, et la palpation dénote une dureté ligneuse.

Le trismus est encore augmenté; la langue complètement soulevée; la région sub-linguale rouge, tendue, mais non œdématiée; des mucosités desséchées, jaunâtres et fétides, glissent à la face interne du maxillaire, le long des arcades dentaires et s'enlèvent facilement à la pince.

Les lèvres de l'incision pratiquée hier sont restées largement ouvertes et laissent baver un pus marron, liquide et fétide.

Le facies est plus pâle, la peau, recouverte de sueurs;

le thermomètre monte à 38°3, le pouls petit, dépressible est à 134.

Le diagnostic s'impose: nous sommes en présence d'un phlegmon diffus sus-hyoïdien, la terrible angine de Ludwig.

Il est onze heures, le malade est transporté d'urgence dans une clinique: à 11 h. 30 il est opéré: les trois incisions classiques, une sus-hyoïdienne et deux le long du bord du maxillaire inférieur, sont pratiquées au bistouri et au thermo-cautère, et réunies par des drains. Les loges sub-linguales et sous-maxillaires sont ouvertes. Pansement à l'eau oxygénée.

Le 14, à 10 heures du soir, malgré tous les dévouements, les pansements fréquemment renouvelés, les injections de sérum artificiel, d'électrargol, d'huile camphrée, et un abcès de fixation, etc., etc., le malade meurt.

---

# CHAPITRE IV

## TRAITEMENT

Le traitement de tout abcès amygdalien ou péri-amygdalien comporte deux parties bien distinctes dictées par la symptomatologie de cette affection.

La première, médicale, tendra à l'enrayer — et disons de suite qu'elle n'y réussira que bien rarement, si tant est qu'elle y ait jamais réussi — ; de plus, et surtout elle tendra à calmer la douleur et la dysphagie.

La seconde, chirurgicale, évacuera le pus le plus rapidement et avec le moins de risques possibles.

Enfin il restera au médecin à éviter les récidives si fréquentes ; c'est ce qui constitue la dernière partie et non la moins utile du traitement.

### TRAITEMENT MÉDICAL

La première indication sera évidemment de combattre la douleur et la congestion qui sont les éléments dominants pendant les deux ou trois premiers jours.

Pour calmer la douleur on emploiera l'opium, les boissons gazeuses et les siphonnages d'eau de Seltz qui ont un double avantage : ils dissolvent les mucosités qui encombrent l'arrière-gorge et donnent une sensation de fraicheur agréable au malade.

Contre la congestion on pourra employer le froid; les réfrigérants sont efficaces sous toutes leurs formes: compresses glacées autour du cou, ingestion de petits fragments de glace pilée, liquides glacés.

Malheureusement les rémissions qui en résultent sont plus apparentes que réelles; la vaso-constriction est passagère et à son action bienfaisante succède rapidement la réaction vaso-dilatatrice qui ne fait qu'exagérer les phénomènes atténués un moment.

Aussi y aura-t-il peut-être avantage à employer la chaleur dont l'action calmante est plus durable. Outre les compresses chaudes, les boissons chaudes, la base du traitement devra consister en irrigations abondantes. Ripault conseille d'employer un irrigateur ordinaire peu élevé: L'embout sera introduit entre les dents et porté assez profondément au voisinage de la région malade pour que le dos de la langue, ne vienne pas mettre obstacle à l'action bienfaisante du jet. Le liquide doit-être aussi chaud que le malade pourra le supporter, la quantité doit être de 1 à 2 litres par irrigation, le nombre des irrigations sera aussi considérable que possible. L'addition de substances calmantes au liquide employé n'a qu'une importance secondaire; c'est le lavage abondant et le lavage à chaud qui soulagent le patient; rappelons que le jet doit à tout prix évité d'être violent ».

C'est cette pratique qui nous paraît la meilleure; elle a pour elle d'être toujours bien acceptée du malade et ses résultats sont fidèles.

Telle est donc la conduite à tenir lorsque débute une suppuration amygdalienne mais, le plus souvent le médecin n'est consulté que quelques jours après le début de l'affection. Le traitement médical est alors inefficace; il doit céder le pas au traitement chirurgical car il importe

de ne pas s'attarder et de ne pas exposer le malade au danger si grave d'une complication.

### TRAITEMENT CHIRURGICAL

Quand doit-on intervenir?

Certains chirurgiens ont pensé qu'une intervention hâtive empêchait l'évolution du phlegmon et ont conseillé d'intervenir dès le deuxième jour. Certes une ponction blanche décongestionne la région et prépare la voie pour le pus mais, par la suite, l'affection n'en suit pas moins son évolution normale; aussi, bien que partisan convaincu de l'opération hâtive, pensons nous que l'on doit pour agir attendre le moment où la collection est à peu près constituée.

Ce moment est évidemment difficile à préciser; toutefois vers le quatrième ou le cinquième jour au plus tard, on peut d'après certains signes affirmer la présence du pus: C'est tout d'abord l'exacerbation rapide des phénomènes douloureux et Escat attache à ce signe une grande importance; c'est ensuite l'exagération de la voussure du voile et de l'asymétrie de l'isthme bucco-pharyngien; l'œdème augmente comme au cours de toute suppuration.

La fluctuation n'est pas facile à constater au début de l'évolution de l'abcès et de plus elle est d'une recherche douloureuse; on la trouve cependant si on se conforme aux indications précises de Lemaistre: « Dès que la collection est formée il se produit entre les fibres du pilier antérieur un léger écartement à un demi-centimètre environ du bord interne, au niveau de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Si on applique sur ce point l'extrémité de l'index dans la direction antéro-postérieure,

on a la sensation d'une dépression en forme de boutonnière et si on exerce une pression avec la pulpe du doigt pour revenir ensuite en arrière, on a la sensation du choc en retour dans bien des cas ».

Le pus étant collecté, comment doit-on maintenant intervenir?

Parmi les procédés les plus couramment employés nous citerons :

1° *Le procédé au bistouri.* — C'est à Lemaistre que revient le mérite d'avoir donné une technique précise de ce procédé.

Pour l'abcès antéro-supérieur, il recommande de faire l'incision au niveau de la boutonnière dont il a été parlé, c'est-à-dire en dehors du bord libre du pilier antérieur et au niveau de son tiers supérieur. L'incision devra être verticale, d'avant en arrière, parallèlement au bord interne du pilier antérieur; il faut même diriger la pointe légèrement en dedans. Dans ces conditions, nul danger d'atteindre les vaisseaux, aussi peut-on aller sans crainte et enfoncer la lame de deux centimètres. On arrive ainsi régulièrement sur la collection purulente.

S'il s'agit d'un abcès postérieur on abordera directement le pilier postérieur au niveau de sa partie médiane où la poche est généralement le plus tendue; on aura soin ici comme dans le cas précédent de diriger le tranchant du bistouri directement d'avant en arrière et même un peu en dedans pour éviter la zone dangereuse de l'espace rétrostylien, mais ici il suffit le plus souvent d'une incision peu profonde pour voir apparaître le pus.

Si l'abcès est intra-amygdalien, on choisit le point le plus acuminé et on pratique une incision longue descen-

dant le plus bas possible pour ne pas blesser le cul-de-sac inférieur.

Dans tous les cas, une fois que la pointe du bistouri a atteint la poche purulente, il faut en relever le manche pour agrandir l'ouverture pratiquée et prolonger la section des tissus à la partie inférieure sur une longueur de 1 centimètre environ.

2° *Le procédé au galvano-cautère.* — Moure pense qu'une incision précoce au bistouri expose à l'hémorragie car le pus est encore profond et l'arrière-gorge enflammée très vasculaire, aussi, préfère-t-il employer le galvano-cautère qui est indolore, permet d'inciser à blanc et de traverser le voile ou le tissu péri-amygdalien ou l'amygdale à la recherche du pus, et enfin laisse une plaie qui ne se refermant pas comme celle faite avec le bistouri permet un drainage parfait.

Les lignes d'incision sont sensiblement les mêmes que celles employées précédemment.

L'abcès est-il antéro-supérieur, on plonge la lame du galvano un peu en dehors de la boutonnière de Lemaistre en la dirigeant de dedans en dehors. On traverse ainsi, dit Moure, le voile dans toute son épaisseur (2 centimètres) puis on pousse plus profondément dans le tissu péri-amygdalien, comme si l'on voulait traverser la loge; il est rare que dans ces conditions on ne donne pas issue à une collection purulente.

Pour les abcès postérieurs, l'incision est la même qu'avec le bistouri. En présence d'un abcès intra-amygdalien, on dirigera la pointe d'avant en arrière, en allant vers la paroi externe de l'amygdale, jusqu'à ce qu'on rencontre le pus.

3° *Le procédé par discission* (*Ruault*). — Ce procédé est tout à fait différent des précédents; pour Ruault, il est inutile d'inciser le pilier et puisque, dit-il, le pus, en cas d'ouverture spontanée des abcès péri-amygdaliens tend à se faire jour entre le pilier et l'amygdale, c'est là qu'il conviendra d'aller au devant de lui.

Pour cette manœuvre, il faut abandonner le bistouri ordinaire et se servir d'un stylet rigide construit par Ruault lui-même et dont l'extrémité mousse est coudée à angle droit:

« On introduit de haut en bas, dit Ruault, l'extrémité de l'instrument au niveau de l'angle antérieur de la fossette sus-amygdalienne et on le pousse entre le pilier et la tonsille. On tire ensuite à soi obliquement en dedans de façon à détacher l'amygdale de la face postérieure du pilier où, presque toujours elle est soudée; puis on contourne la région antéro-externe de la glande avec le crochet en dissociant le tissu cellulaire de façon à atteindre le foyer purulent ».

S'il s'agit d'un abcès postérieur, il suffit de passer le crochet en arrière de l'amygdale entre sa face postérieure et la face antérieure du pilier postérieur entre lesquelles les adhérences sont bien moins intimes.

Pour les abcès intra-amygdaliens on introduit la pointe du crochet de Ruault dans le point le plus acuminé et on tire à soi pendant qu'on relève le manche.

4° *La dilatation du recessus palatin* (*Killian*). — Divers instruments peuvent servir à effectuer cette dilatation; le plus commode et le plus fréquemment employé est la pince à pansement du nez, de Lubet-Barbon. La technique est très simple: on déprime la base de la langue avec l'abaisse langue et on introduit la pince, mors fermés,

dans la fossette sus-amygdalienne; il faut exercer une certaine pression pour pénétrer dans les tissus enflammés.

Quand on a pénétré de un ou deux centimètres dans le tissu cellulaire, les mors sont brusquement écartés dans le sens vertical et on retire la pince, mors ouverts.

5° *Le Procédé de Comby et Jalaguier.* — Il diffère en divers points du précédent. Voici la technique très simple qu'indique Monsieur Comby: « Prenant de la main droite soit une sonde cannelée préalablement bouillie ou étuvée, soit un stylet mousse, une tige de fer à bout arrondi, on ouvre la bouche de la main gauche armée d'une cuiller ou d'un abaisse-langue. On attaque l'abcès avec le bout de la sonde cannelée qui pénètre dans la collection comme dans du beurre. Un flot de pus s'écoule aussitôt mais l'ouverture de l'abcès est insuffisante; on l'agrandit avec un instrument mousse plus volumineux, le bout d'une pince de Kocher par exemple. »

Le lendemain ou le surlendemain, si la collection s'est reformée on introduit de nouveau la sonde cannelée ou la pince.

Voici résumées les diverses interventions pouvant être pratiquées en vue de l'évacuation des collections purulentes amygdaliennes ou péri-amygdaliennes. Il est évident que pour toutes ces interventions on se placera dans les conditions d'éclairage les meilleures; à défaut de lumière solaire directe, le miroir de Clar rendra de grands services.

Voyons maintenant, lequel de ces différents procédés il est préférable de choisir.

Avec le bistouri — sans parler des hémorragies mortelles dont on a cité quelques exemples — il se produit

toujours au moment de l'incision un écoulement de sang qui peut être gênant; de plus les lèvres de l'incision se referment rapidement et il arrive que la collection incomplètement évacuée se reforme à nouveau.

Le procédé de Moure est séduisant; malheureusement la brûlure laisse au patient une sensation pénible qui peut se prolonger pendant deux jours; de plus l'escarre qu'elle produit ne s'élimine que lentement, retardant la guérison complète et pouvant amener, au moment de cette élimination, une hémorragie secondaire. Disons, surtout, que ce procédé exige une instrumentation complexe qui le rend praticable uniquement par les spécialistes.

La discission de Ruault a fait de nombreux adeptes: elle s'applique avec succès aux abcès superficiels mais, dès que le pus est profond elle exige une certaine habileté opératoire, ce qui ne la met pas à la portée du praticien et en fait aussi l'apanage exclusif des spécialistes.

Escat considère le procédé de la dilatation du recessus palatin comme le procédé « le plus simple, le plus sûr et le plus inoffensif » et à coup sûr la dilatation a droit à de grands éloges; cependant elle ne peut être employée dans tous les cas et en outre elle exige une anesthésie locale parfaite et par suite bien difficile à réaliser, puisque, ses plus chauds partisans admettent que la pression à exercer pour pénétrer dans les tissus enflammés et par suite adhérents, peut parfois être considérable.

Nous arrivons maintenant au procédé de Comby et Jalaguier qui nous paraît réunir les qualités requises pour que le médecin-praticien en fasse son procédé de choix. Ce procédé écarte tout danger d'hémorragie et donne à celui qui l'emploie une sécurité absolue. Si la collection purulente n'est pas formée, la sonde cannelée ne pénètrera pas ou donnera un peu de sang et on n'aura

qu'à renouveler la tentative d'effraction — très bien supportée par le malade — le lendemain et le surlendemain. Si le pus, au contraire est collecté, la sonde pénètre facilement en plein foyer et le pus s'écoule avec force par le trajet ainsi ouvert.

Ce procédé est particulièrement séduisant lorsque l'intervention a lieu chez des enfants, car dans ce cas, le bistouri est particulièrement difficile à manier.

Une sonde cannelée de trousse, un stylet mousse, une tige de fer préalablement émoussée permettront d'aller sans danger à la recherche du foyer purulent et de l'ouvrir par une pression modérée.

L'orifice créé est-il insuffisant? une pince de Kocher que tout médecin a dans sa trousse suffit à l'agrandir et à assurer ainsi le plus rapidement possible l'évacuation de la poche purulente.

Il faut reconnaître cependant qu'on doit abandonner ce procédé dans quelques rares circonstances; c'est alors au bistouri — manié par une main prudente — qu'iront nos préférences.

## TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Une fois l'abcès évacué, le rôle du médecin est loin d'être terminé; il convient en effet d'éviter les récidives si fréquentes malgré tout.

Pour atteindre ce résultat on devra nettoyer la poche de l'abcès avec des tampons montés imbibés d'eau oxygénée ou même de teinture d'iode.

Les gargarismes ont l'inconvénient de ne pas désinfecter les clapiers, les anfractuosités; les grands lavages à l'eau oxygénée neutralisée doivent leur être préférés; les

siphonnages à l'eau de Seltz, dont nous avons déjà parlé sont aussi très utiles.

Si l'orifice opératoire avait tendance à se refermer trop vité on le dilaterait à la pince; un purgatif pourra être ordonné pour balayer le pus qui aurait envahi le tube digestif.

Enfin et surtout on recommandera de procéder— entre deux poussées aiguës — à l'extirpation partielle ou totale des amygdales qui sont, la cause première de toutes les récidives.

---

# CHAPITRE V

## OBSERVATIONS

### Observation II

(Inédite)
Due à l'obligeance du Dr Sassy
Phlegmon péri-amygdalien antérieur

Jeanne F. 27 ans habitant Montpellier.

Cette malade est vue pour la première fois le 10 février 1913. Depuis deux jours, après un voyage et un déménagement, elle a pris froid et se plaint de douleurs de gorge plus violentes à gauche avec irradiations dans la joue et l'oreille. Elle éprouve en même temps de la difficulté pour ouvrir la bouche et pour déglutir, même la salive qu'elle laisse s'écouler au dehors.

La malade maigre et chétive répond à l'interrogatoire d'une voix faible et nasonnée; sa figure est pâle, ses yeux cernés par une insomnie de deux nuits; la céphalée est violente, la température de 38° 2.

Malgré sa pusillanimité et un léger trismus, la malade consent à se laisser examiner: la langue est blanche, saburrale, le voile du palais, les piliers — surtout le gauche — la luette, sont rouges; celle-ci sans œdème. On constate une légère asymétrie du voile. Le pus n'étant pas suffisamment collecté d'une part, de l'autre les phénomènes généraux ne présentant aucune gravité, nous accédons au

désir de la malade et l'ouverture de l'abcès est remise au lendemain. En attendant, nous prescrivons des gargarismes fréquents et des lavages abondants et très chauds, dans la bouche au moyen de la douche d'Esmarck.

Le lendemain 11 février, la température persiste, le trismus est plus considérable, la voussure de l'amygdale gauche plus nette, l'asymétrie du voile plus marquée, l'œdème de la luette devenu appréciable. La nuit a été mauvaise; les douleurs ont persisté.

Immédiatement, nous pratiquons au bistouri, l'incision de Lemaistre qui laisse écouler un mélange de pus et de sang pas très abondant. Les lavages et les gargarismes doivent être continués.

Le lendemain, 12, la nuit a été moins mauvaise mais la douleur persiste et la voix est toujours nasonnée: cependant les lèvres de l'incision ne s'étant pas refermées, nous introduisons une pince fermée que nous retirons en écartant les mors; un cri de douleur et en même temps un flot de pus fétide s'écoule.

La malade est rapidement guérie.

### Observation III

Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran

Abcès du pilier antérieur.

X... 35 ans rentre en septembre 1910 dans le service de M. le professeur Tédenat, suppléé par M. le professeur Soubeyran.

Ce malade, convalescent d'une grippe, présente un volumineux abcès du pilier antérieur, bombant vers le voile du palais et la voûte palatine.

La saillie formée par l'abcès est énorme. Une sonde

cannelée ordinaire est introduite avec la plus grande facilité dans la poche purulente; un flot de pus s'écoule; immédiatement l'orifice est agrandi avec la pince de Kocher.

Le surlendemain l'orifice est obturé; une pince de Kocher est introduite à nouveau et le dilate. Guérison en huit jours.

### Observation IV

Due à l'obligeance de M. le Professeur Soubeyran

Abcès du pilier antérieur

S..., étudiant en droit, rentre le 2 mars 1911 dans la clinique de M. le professeur Soubeyran. Après une angine, ce malade présente un abcès volumineux du pilier antérieur. Incision au bistouri le 4 mars; du pus s'écoule, mais pas aussi abondant que le volume de la collection le faisait prévoir. Le lendemain, la tuméfaction s'est reproduite et s'accompagne d'une gêne respiratoire intense.

Le docteur Vidal, spécialiste, appelé, pratique la discission de Ruault; cette intervention amène une évacuation abondante de pus. Guérison en huit jours.

## CHAPITRE VI

### CONCLUSIONS

De l'exposé que nous venons d'établir il résulte que nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. Les abcès amygdaliens et péri-amygdaliens constituent une affection parfaitement définie, ayant une symptomatologie bien spéciale, qui en permet le diagnostic précoce.

II. Les abcès péri-amygdaliens sont beaucoup plus fréquents que les abcès amygdaliens ; ils sont aussi plus sujets à complications.

III. L'abcès péri-amygdalien peut servir de mode de début à une angine de Ludwig.

IV. Une fois la collection constituée, le traitement médical doit céder le pas au traitement chirurgical.

V. La méthode de Comby et Jalaguier qui ne nécessite aucune instrumentation spéciale et met à l'abri de l'hémorragie est, pour le médecin-praticien, la méthode d'intervention de choix.

VI. Les soins consécutifs ont une importance capitale pour éviter les récidives, si fréquentes, en général.

## BIBLIOGRAPHIE

Ardin-Delteil et Soubeyran. — Petite chirurgie, 2e édition, p. 574 et 606.

Arsimoles. — La fossette sus-amygdalienne et les abcès péri-amygdaliens (recherches sur leur siège anatomique). Th. de Toulouse, 1902.

Babuel-Peyrissac. — Abcès chroniques de l'amygdale. Th. de Bordeaux, 1893.

Baginski. — Appendicite et amygdalite suppurée. Soc. de méd. berlinoise, 22 juin 1910.

Balme. — De l'hypertrophie des amygdales. Th. de Paris, 1888.

Barth. — *Deut. med. Woch.*, 1899.

Bosworth. — *Med. record.*, 1854, t. II, p. 365.

Botey. — De l'importance du pôle supérieur de l'amygdale et de la fossette supra-tonsillaire comme cause des péri-amygdalites phlegmoneuses. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1900, n° 11.

Bourgeois. — Lavage des cryptes amygdaliennes. *Arch de laryngol.*, 1909.

Brieg. — Technique de l'opération de l'abcès péri-tonsillaire. *Deut. med. Woch.*, 1899.

Breton. — Th. de Paris, 1883.

Brindel. — *Revue hebd de laryngol.*, août 1903.

Broca. — Angine phlegmoneuse. *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. V, p. 213.

Brunauld des Houlières. — Th. de Paris, 1895.

Brunel. — Des abcès de l'amygdale palatine. Th. de Bordeaux, 1899.

Campert. — Th. de Paris, 1891.

Cartaz. — Abcès chroniques des amygdales. *Bull. de la Soc. de laryngol.*, 1894.

Certain. — Considérations cliniques et bactériologiques sur les abcès péri-amygdaliens et intra-amygdaliens. Th. de Bordeaux, 1908.

Chassaignac. — Traité de la suppuration, Paris, 1859.

Chauveau. — Histoire des maladies du pharynx; — Abcès amygdaliens indolents. *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, 1904, n° 6.

Chavasse. — Abcès péri-amygdaliens. *Bull. méd.*, 1904, n° 5.

Chiari. — Localisation de l'angine phlegmoneuse, analysée in *Revue hebd de laryngol.*, 1889.

Collinet. — Th. de Bordeaux, 1894.

Comby. — Traitement des abcès amygdaliens et rétro-pharyngiens in *Journal de médecine et chirurgie pratique* 1912.

Constantin. — Résultats du traitement de l'abcès péri-amygdalien par la dilatation de la fossette sus-amygdalienne suivant le procédé de Killian (de Worms). *Revue hebd. de laryngol.*, 1910, n° 31.

Cornet. — Un cas de phlegmon péri-amygdalien survenu chez un enfant de neuf mois. *Bull. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris 1903.

Crouzilhac. — Amygdalite linguale phlegmoneuse. *Revue hebd. de laryngol.*, 26 mars 1898.

Damaschino. — Leçons sur les maladies du tube digestif. Paris, 1880.

DAVEZAC. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, août 1886.

DEBEAUX. — Th. de Montpellier, 1891.

DESCOINGS. — De l'amygdalite considérée comme maladie contagieuse et infectieuse. Th. de Paris, 1890.

DIDELOT. Th. de Paris. 1880.

DIEUDEFOY. — Th. de Paris, 1893.

DOYEN. — Phlegmon de l'amygdale. *Thérapeutique chirurgicale,* t. II, p. 421.

DUFILH. — Th. de Bordeaux, 1899.

EHRMANN. — Ligature de la carotide primitive nécessitée par hémorragie consécutive à l'ouverture spontanée d'un phlegmon de l'amygdale. *Bull. de la Soc. de chir.,* 1878.

ELLEGOOD. — Les cryptes des amygdales comme porte d'entrée des microorganismes pathogènes. In *Revue hebd. d'oto-rhino-laryngol.,* 1897.

ESCAT. — Abcès juxta-amygdalien d'origine dentaire. *Archives de laryngol.*, mars 1908; — *Technique oto rhino-laryngologique,* 2e édition, p. 84, 447 et 450; — *Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx.*

FAUVEL. — Th. de Paris, 1887.

FILLOUX. — Des ulcérations de l'amygdale. Th. de Paris, 1886.

FOX. — Traitement abortif de l'esquinancie. *The Lancet,* fév. 1896, analysé in *Ann. des mal. de l'oreille.* 1896.

GANN. — *The Lancet,* t. I, p. 1515, London, 24 juin 1893.

GENTIL (Maurice). — *La Clinique,* 7 août 1908.

GIBERT. — Abcès périostique odontogène juxta-amygdalien. Th. de Toulouse, 1908.

GOUGENHEIM. — Emploi du salol dans les angines. *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1889.

GOODALE. — Suppuration aiguë des amygdales buccales. Assoc. amér. de laryngol., XXIV^e Congrès, mai 1899, n° 2.

GRIFFON. — Abcès amygdalien et diphtérie : perforation du pilier antérieur et du voile. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 5 mars 1909.

GUILLOU. — Contribution à l'étude des abcès chroniques et enkystés amygdaliens et péri-amygdaliens. Th. de Lyon, 1898.

HALL. — *Boston med. Journ.*, 1887.

HERVÉ. — Th. Bordeaux, 1906.

HUBBARD. — Abcès péri-tonsillaire et diphtérie. *Revue hebd. de laryngol.*, 1899, n° 1.

JACQUES. — Abcès péri-amygdaliens mortels par thrombo-phlébite des sinus latéraux. Congrès d'oto-rhino-laryngol., 1908.

JACQUES et LUCIEN. — Phlegmon péri-amygdalien mortel par thrombo-phlébite du sinus caverneux. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1908, n° 12.

JOAN. — Phlegmon de l'amygdale. Th. de Paris, 1883.

KILIAN. — Zur Behandlung der angina phlegmonosa Peritonsillitis abscedens, *Münch. med. Woch.*, 1898 ; — Anatomie de l'angle supérieur de l'amygdale palatine ; IV^e Réunion des laryngologistes de l'Allemagne du Sud, 1897, analysé in *Revue hebd. de laryngol.*

KOEHLER. — Etiologie des abcès de l'amygdale et du tissu environnant. *Deut. med. Woch.*, 1896, n° 7.

LANDOUZY. — *Gaz. des hôpit.*, 1885 ; — De l'amygdalite infectieuse, *Progrès méd.*, 1883, p. 601 et 628.

LANNOIS. — Maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, t. II, coll. Testut.

LASÈGUE. — Traité des angines. Paris 1868.

LAURENS (Georges). — Traitement des phlegmons de l'amygdale, in *Chirurgie oto-rhino-laryngologique*. p. 704.

LEJARS. — Abcès amygdalien, Chirugie d'urgence, 5e édition, p. 124.

LELAND. — L'abcès péri-amygdalien, analysé in *Revue hebd. de laryngol.*, 1899.

LEMAISTRE. — Phlegmon péri-amygdalien. Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, 19e session. Limoges 1890.

LETULLE. — *Soc. anat.*, 1888.

LOGUCKI. — Contribution à l'étude des abcès péri-amygdaliens. *Gaz. Lukarska*, 1895, n° 42.

LUGEOL. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1885.

MAUREL. — Th. de Paris, 1885.

MAZZARD. — *Journ. de méd. prat.*, 1886.

MILSONNEAU. — Th. de Paris, 1885.

MORESTIN. — Amygdalite phlegmoneuse. *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. VI, p. 52.

MOURE. — Abcès amygdalien et péri-amygdalien. Diagnostic et traitement, *Presse méd.*, 1902, n° 68, p. 96; — De l'ouverture des abcès péri-amygdaliens, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1898, n° 7; — Considérations cliniques sur les abcès amygdaliens et péri-amygdaliens, *Le Laryngoscope*, janv. 1908, n° 1; — *Traité des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx; — Travaux de la clinique annexe des maladies de l'oreille, du larynx et du nez.*

Moure et Brindel. — Guide pratique des maladies de la gorge, des oreilles et du nez.

Moy. — Des abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant. Th. de Paris, 1898.

Newcomb. — Amygdalite phlegmoneuse, hémorragie, ligature de la carotide primitive. *Journ. de chir.*, 1908 p. 468.

Norval (Pierre). Traitement des abcès péri-amygdaliens. *Revue hebd. de laryngol.*, 1900, n° 32.

Page. — *Bull. méd de Québec*, 1904-1905.

Paterson. — The fossa supratonsillaris and its affections, *Revue hebd. de laryngol.*, 1899, n° 1.

Pépin. — Th. de Paris, 1894.

Périgord. — Méningite suppurée consécutive à un abcès amygdalien. *Limousin méd.*, mars 1893.

Raoult. — Abcès chronique du voile du palais et de la logette sus-amygdalienne contenant des calculs. *Revue de laryngol.*, 1899, n° 1; — Phlegmon péri-amygdalien externe consécutif à une infection par corps étranger. *Arch. intern. de laryngol.*, Paris, 1904, n° 4.

Rendu. — Soc. méd. des hôpit., 1891.

Renevey. — Traitement des abcès péri-amygdaliens. Th. de Paris, 1910.

Rice. — *Med. record*, 1891, t. XXIX, p. 125.

Ricard. — *Arch. internat. de laryngol.*, Paris 1904.

Richardière. — *Semaine méd.*, 1891.

Ripault. — Traitement de l'angine phlegmoneuse. *Gaz. méd. de Paris*, fév. 1896.

Romane. — Etude physique et bactériologique de l'amygdale. Th. de Paris, 1892.

Rousseau. — Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë. Th. de Paris, 1888.

RUAULT. — Abcès péri-amygdalien. Traité de médecine de Charcot et Bouchard ; — Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès péri-amygdaliens. *Mercredi méd.*, janv. 1893, n° 3.

SALLARD. — Les amygdalites aiguës. Th. de Paris, 1892.

SAINT-PHILIPPE. — Communication à la Soc. de méd. de Bordeaux, juin 1891.

SENDZIACK. — Diphtérie du pharynx et du naso-pharynx compliquée de nombreux abcès des amygdales (palatine, pharyngée, linguale). *Revue hebd. de laryngol.*, 1899, n° 1.

SOUBEYRAN et SASSY. — Les abcès amygdaliens et péri-amygdaliens. *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1911.

SELTEN-HUGO. — Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol., 1904, n° 4.

TANTURRI. — Quelle est la nature de l'abcès péri-tonsillaire chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire. *Arch. intern. de laryngol.*, 1910, n° 2.

TREITEL. — Ueber das Wesen und die Bedentung chronischer Tonsillarabscisse. *Revue de laryngol.*, 1899, n° 1.

TROUSSEAU. — Angine phlegmoneuse. *Cliniques*, 2e édit., p. 329.

VAQUIER. — Amygdalite linguale phlegmoneuse ; élimination tardive du corps étranger provocateur. *Arch. intern. de laryngol.*, 1907, n° 4.

VEAU. — Abcès amygdaliens. Technique opératoire des prosecteurs, 3e édition, p. 44.

VEILLON. — Th. de Paris, 1894 ; — *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris 1901.

VERGELY. — Perforation de la carotide interne dans l'angine phlegmoneuse. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, juin 1886.

VERNEUIL. — Nature de l'amygdalite phlegmoneuse. *Gaz. des hôpit.*, 1872, p. 162, et *Bull. de la Soc. de chir*, 1879.

WATSON (Williams). — La fossette sus-amygdalienne et la péri-amygdalite. *The Brit. med. Jour.*, 1908, n° 2493.

WARD. — Deux cas de phlébite septique avec thrombose à la suite d'un abcès péri-tonsillaire, analysé in *Revue hebd. de laryngol.*, 1879.

WOOD et RUSSEL. — Symptômes généraux graves accompagnant un abcès de l'amygdale. *Revue intern. d'oto-rhino-laryngol.*, 1897, p. 350.

ZARFDJIAN. — Les complications des abcès amygdaliens. Th. de Bordeaux, 1904, n° 19.

---

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 juin 1913.
*Le Recteur*,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 juin 1913.
*Le Doyen*,
MAIRET.

# TABLE DES MATIÈRES


| | Pages |
|---|---|
| Avant-Propos | 9 |
| Introduction | 11 |
| Données générales (fréquence, étiologie, classification) | 13 |
| Symptomatologie et diagnostic | 16 |
| Complications | 22 |
| Traitement | 30 |
| Observations | 40 |
| Conclusions | 43 |
| Bibliographie | 44 |

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*